

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1968

THÈSE 1061

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jehan CLEMENT

né le 9 octobre 1968 à Toulon (Var)

Diplômé de Médecine tropicale

Titulaire du CES de parasitologie-mycologie

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LA

I M P O R T A N C E

**DES SYMPTOMES NEUROVEGETATIFS
DANS L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE
(EN PAYS TEMPERES)**

Président : M. LARIVIERE, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1968

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jehan CLEMENT

né le 9 octobre 1968 à Toulon (Var)

Diplômé de Médecine tropicale

Titulaire du CES de parasitologie-mycologie

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

IMPORTANCE

DES SYMPTOMES NEUROVEGETATIFS
DANS L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE
(EN PAYS TEMPERES)



Président : M. LARIVIERE, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

THOMAS DE MEDICINE DE PARIS

THÈSE

AVRIL 1932

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée par

M. J.

Jean CLÉMENT

Né le 8 octobre 1908 à Toulon (Var)

Médecin de Médecine tropicale

Traité de C.S. de gastro-entérologie

Présentée à l'Université de Paris

IMPORTANCE

DES SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES

DANS L'ALCOOLISME CHRONIQUE

(EN FAVEUR DE LA THÈSE)



Présentée à l'Université de Leiden

THOMAS DE MEDICINE DE PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulounguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.
 1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON
 2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS**1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES****a) Professeurs titulaires :**

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Thérapeutique
Thérapeutique appliquée

MM.
N...
LAMOTTE (M.)
N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie
Anatomie anthropologique
Anatomie pathologique
Bactériologie
Biochimie médicale
Biologie médicale
Parasitologie
Pathologie expérimentale
Physiologie

CABROL (Ch.)
OLIVIER (G.)
NEZELOF (Ch.)
BARBIER (P.)
DREYFUS (J.-Cl.)
BOURLIÈRE (F.)
LARIVIÈRE (M.)
LOEPER (J.)
DEJOURS (P.)
SCHERRER (J.)
KELLERSHOHN (L.)
GOUGEROT (L.)
ROUCAYROL (J.-Cl.)
TUBIANA (M.)
FISCHGOLD (H.)

Physique médicale

Radiologie médicale

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)
Clinique cardiologique (Broussais)
— — (Boucicaut)

Cliniques chirurgicales
Beaujon
Cochin
Hôtel-Dieu
Saint-Antoine
Salpêtrière
Tenon

Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)
— — — (Foch)
— — — (Beaujon)

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)
Clinique endocrinologique (Pitié)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)
Clinique des maladies du sang (Broussais)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)

MM.
DENOIX P.
REDON (H.)
SOULIÉ (P.)
LENÈGRE (J.)
LORTAT-JACOB (J.-L.)
BAUMANN (J.)
LEGER (L.)
PATEL (J.)
GOSSET (J.)
SICARD (A.)
OLIVIER (Cl.)
MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
PADOVANI (P.)
CAUCHOIX (J.)
FÈVRE (M.)
DUBOST (Ch.)
MATHEY (J.)
DUPERRAT (F.)
DECOURT (J.)
LAMY (M.)
HUGUIER (J.)
DEGOS (R.)
TURPIN (R.)
MOLLARET (P.)
DELAY (J.)
BERNARD (J.)
CASTAIGNE (P.)
DEPARIS (M.)
MILLIEZ (P.)
N...
BARIÉTY (M.)
DREYFUS (G.)
CONTE (M.)
KOURILSKY (R.)
BOUDIN (G.)

Cliniques médicales
Bicêtre
Broussais
Cochin
Hôtel-Dieu
Pitié
Saint-Antoine
Saint-Antoine
Saint-Antoine

MM.

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
— — — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	THIEFFRY (S.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX (M.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	LEMAIRE (A.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	JUDET (R.)
— — — (Necker)	ABOULKER (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	LAPLANE (R.)
— — — (Lariboisière)	DOMART (A.)
— — — (Pitié)	BOUVRAIN (Y.)
— — — (Rothschild)	RAMBERT (P.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHEY (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phthisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYSSOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique . . .	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon père ,

A ma mère,

en témoignage de ma profonde affection et de
ma reconnaissance pour leur soutien constant.

A mon beau-père,

qui m'a mis sur la voie. Qu'il trouve ici
l'assurance de mon affection respectueuse.

A ma femme,

A mes enfants,

A mes frères,

A mes belles-soeurs,

A ma famille.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549932_0007

A Simon in memoriam

A Christian,

A tous mes amis qui me sont chers.

A Monsieur le Professeur M. LARIVIERE

Titulaire de la Chaire de Parasitologie-Mycologie de
la Faculté de Médecine de Paris.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Il a su nous transmettre son amour de la
parasitologie.

En hommage de respectueuse reconnaissance.

A notre Maître le Docteur P. LANCE

au contact duquel nous avons beaucoup
appris.

A Monsieur L. JOSSE,
Directeur de l'Hôpital L. Bellan

pour son magnifique exemple.

A nos Maîtres à la Faculté.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux.

INTRODUCTION

Nous avons pris pour sujet de notre thèse l'objet d'un article publié dans la Presse Médicale n° 34 en date du 25 août 1945 par Roger CATTAN médecin des Hôpitaux de Paris.

De tous les travaux auxquels nous nous sommes référés pour étudier l'Amibiase en France, ce sont ces observations de CATTAN qui nous ont parues les plus utiles pour aborder la clinique de cette maladie sous nos climats.

Nous avons constaté qu'aucun autre Auteur n'accordait une importance aussi grande aux signes nerveux de l'Amibiase et nous voudrions montrer à quelles conclusions on peut arriver en le suivant.

Nous avons eu la chance de fréquenter une consultation de parasitologie dans un cabinet parisien. Le praticien qui nous a accueilli, donné accès à ses archives et parfois même auprès de ses malades a fait une partie de sa carrière en Extrême Orient après avoir été élève du Professeur Emile BRUMPT.

Nous avons continué nos recherches au cours de déplacements tant à Paris qu'en Province, sur une clientèle citadine et rurale.

Nous nous permettons de reproduire d'abord ici in extenso le travail de Roger CATTAN avec sa description qui mériterait de devenir classique des signes et leur fréquence relative à Tunis.

Nous nous proposons ensuite de retrouver en France l'équivalent de ces signes dont nous préciserons les modalités légèrement modifiées en pays tempérés et nous évaluerons leur fréquence à Paris ou en Province.

Des essais dans un domaine voisin du nôtre ont déjà été tentés avant nous, comme nous le verrons dans le corps de ce travail, mais il s'agissait soit de malades observés en Afrique du Nord, comme CATTAN lui même : Thèse de KRIEFF sur 17 observations tunisiennes, soit de malades présentant un aspect particulier de la maladie : Thèse de LUCCHINI : cinq cas de perte de connaissances observés au Maroc, soit de malades observés en France et semblant répondre à la description africaine de CATTAN, mais sans préciser les modalités de ces signes en Pays tempérés et portant sur 21 observations (Thèse de Gérard CLEMENT).

Nous avons dépouillé près de 1500 dossiers pour n'en retenir que mille qui répondaient à tous les critères suivants :

1 - A l'interrogatoire, le malade présentait les signes de dystonie décrits par CATTAN,

2 - A l'examen de selles, il présentait des amibes dysentériques,

3 - Un mois ou plus après un traitement spécifiquement anti amibien le malade était soumis à un nouvel interrogatoire, analogue au premier et à un nouvel examen de selles permettant d'établir la régression de tout ou partie des signes dystoniques et la disparition des amibes.

Cela a forcément limité nos investigations car les malades ne se plient pas toujours facilement à ces formalités quand ils ne se sentent plus souffrants.

4 - Seuls ont été prises en considération les guérisons imputables uniquement au traitement anti amibien. Les cas des malades ayant reçu des traitements adjuvants n'ont pas été retenus.

ooooo

Nous concluerons en disant si l'aspect dystonique de l'amibiase chronique est capable ou non d'apporter à la clinique de l'amibiase en pays tempéré une contribution pour le diagnostic, et si cette contribution est importante.

Voici l'article de Roger CATTAN publié dans la Presse Médicale,
n° 34 - Le 25 août 1945 (pages 455, 456) :

IMPORTANCE DES SYMPTOMES NEUROVEGETATIFS DANS L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE

1 Nous avons eu l'occasion d'observer en Tunisie un nombre considérable d'amibiens. Nous sommes parvenus à la conviction que la moitié, au moins, de la population de ce pays est parasitée. Cette conviction s'était sur de très nombreux examens de laboratoires pratiqués pour la plupart dans les services de l'Institut Pasteur de Tunis.

2 Cependant, pour un médecin non averti, l'amibiase peut paraître rare. Il y a quelques années, à peine, les praticiens, ne tenant compte que des formes aiguës ou compliquées, ne se doutaient pas de l'extension considérable de la maladie. En effet, les formes suraiguës sont exceptionnelles, les crises aiguës de dysenterie se bornent le plus souvent à deux ou trois jours de diarrhée, sanglante ou non, et les abcès du foie, complication majeure de l'amibiase sont, à tout prendre rares. En deux ans et demi d'exercice hospitalier et de clientèle, nous n'avons vu que deux cas authentiques d'hépatite amibienne dont l'émétine est venue très facilement à bout. Par contre, nous avons pu très facilement recueillir 100 observations personnelles d'amibiase intestinale chronique. Il ne nous paraît pas inutile de préciser ici quels enseignements l'on peut retirer de la confrontation de ces observations. Il est en effet probable qu'après cette guerre comme après la précédente, on assistera à une recrudescence de l'amibiase sur le territoire métropolitain.

3 - Dans l'immense majorité des cas, la maladie revêt une forme camouflée où dominent les troubles neuro-végétatifs. Dans les derniers mois de notre séjour en Afrique, nous avons pu, presque à coup sûr, en porter le diagnostic grâce à des symptômes qui, pour tout médecin non averti, auraient éveillé l'idée d'une banale dystonie neuro-végétative.

4 Au premier rang de ces symptômes doit être mise l'asthénie. C'est une fatigue qui apparaît le matin au réveil et persiste toute la journée. Parfois, elle se dissipe légèrement dans l'après-midi; en tous cas, elle est suffisante pour diminuer considérablement le rendement social de l'individu; chez deux de nos malades, elle entraîna, après plusieurs séjours dans les hôpitaux militaires et plusieurs essais thérapeutiques, l'amibiase étant méconnue, une ré-forme définitive.

5 Dans 40 de nos cas, le symptôme qui inquiète le malade et le conduit à la consultation est l'amaigrissement progressif. Souvent important, il atteint 7 à 8 kg en quelques mois et paraît, en général, indépendant de tout changement de régime. On ne lui trouve aucune cause et, lorsque manquent les signes intestinaux, ce qui est fréquent, le diagnostic peut errer longtemps si l'on n'a pas l'attention attirée sur ces faits. On soupçonne l'existence d'un cancer, on pense à la tuberculose, on multiplie les examens et les traitements en vain.

6 Plus fréquemment encore peut être, les malades consultent pour des vertiges, des lipothymies, ou même de vraies syncopes. Le type de ces accidents le plus souvent rencontrés est le suivant : le sujet éprouve brusquement dans la rue ou au cours de son travail, une sensation de défaillance qui ne dure que quelques secondes. Cette sensation assez angoissante, s'accompagne parfois d'une curieuse impression de faim. Elle disparaît si le malade ingère un biscuit, un morceau de sucre ou n'importe quel autre aliment. Il s'y joint parfois une impression de dérobement des jambes qui ne dure que quelques fractions de seconde. A tort, les malades désignent cet ensemble de symptômes du nom de vertiges. En réalité, le vertige giratoire est absolument exceptionnel.

7 Quelquefois cet état s'aggrave et se prolonge jusqu'à la syncope. Il se complique, très rarement, probablement chez des prédisposés, d'une crise convulsive. Nous avons jadis, avec André CAIN, attiré l'attention sur ces faits. Nous en avons depuis relevé deux observations où le traitement anti-amibien, fit définitivement disparaître les accidents.

8 Ces défaillances s'accompagnent rapidement, pour peu qu'elles se répètent, d'angoisse. Bien souvent ce sont les malades eux mêmes qui signalent ce symptôme. Chez d'autres, il apparaît à l'interrogatoire le plus rapide, le moins minutieux. Parfois la sensation d'insécurité est telle, que ceux qui sont atteints, n'osent plus se déplacer seuls. Ils se font accompagner par un parent ou un ami. Dans deux de nos cas, on pouvait parler de véritable agoraphobie. Ces sujets sont le plus souvent pris pour des psychopathes et traités comme tels : ce sont des habitués du gardénal et de ses succédanés.

9 A un degré moindre, on note des troubles moins accentués mais évidents du psychisme. Presque tous ces sujets sont des velléitaires, vite fatigués. Ils ne vont jamais au bout de leur effort, la moindre difficulté les arrête. Parfois cette aboulie s'accompagne d'une irritabilité qui prend le pas sur les autres symptômes : coléreux, nerveux, inquiets, anxieux, tels nous sont apparus bon nombre d'entre eux. Ce mélange d'irritabilité, d'asthénie, d'anxiété, on a coutume de le mettre sur le compte du tempérament racial ou du climat. Sans vouloir nier le rôle de l'hérédité ou l'action déprimante de la chaleur, nous croyons que ces faits sont souvent imputables à une colite amibienne latente. Nous avons obtenu de véritables transformations par le traitement spécifique.

10 Très fréquentes, également sont les manifestations cardio-vasculaires. Ce sont le plus souvent des sensations de palpitations ou une tachycardie permanente ou encore une arythmie extra systolique particulièrement rebelle aux traitements habituels. Ces faux cardiaques encombrant les consultations. Les examens paracliniques ne décèlent aucune altération organique. L'orthodiagramme, l'électrocardiogramme montrent qu'il n'y a ni modification de la forme et du volume du coeur, ni altération des courbes électriques. Notons encore l'extrême fréquence d'une hypotension artérielle modérée.

11 Tels sont les symptômes qui, dans la majorité de nos observations, avaient déterminé les malades à se soumettre à un examen médical. Mais il est des aspects encore plus trompeurs. Dans trois de nos cas, le symptôme majeur était une fébricule continue datant de six mois, dans deux autres, des crises typiques de tétanie authentifiées par la permanence, entre les crises du signe de Chvostek.

12 En pratique Nord-Africaine, tous ces symptômes que l'on n'aurait aucune peine à grouper dans le cadre des endo-sympathoses décrites jadis par E. MAY et H. GALLOT, doivent toujours attirer l'attention sur l'intestin et faire rechercher des signes moins trompeurs de l'amibiase.

13 Et tout d'abord il faut connaître la rareté des antécédents vraiment dysentériques. Nous ne les avons retrouvés que dans 7 cas sur 100. Beaucoup plus fréquemment ce que l'on relève c'est, dans les années précédentes ou parfois très lointaines, un ou plusieurs épisodes de diarrhée, banale vite guéris spontanément et que l'on a l'habitude, dans ces pays d'attribuer soit à l'absorption d'un aliment que l'on présume avarié, soit, plus fréquemment à celle d'eau glacée. Quand les malades viennent consulter pour de tout autres symptômes, ils manifestent en général un certain étonnement lorsqu'on cherche à leur faire préciser les caractères de leurs selles et que l'on semble s'orienter vers le diagnostic d'une affection intestinale, et ce n'est souvent qu'avec quelque difficulté que l'on apprend que les matières fécales sont habituellement modifiées.

14 Dans une dizaine seulement de nos observations on peut parler de diarrhée : 5 à 6 selles par jour, molles ou liquides. Il est remarquable d'ailleurs qu'il s'agit assez souvent de selles non douloureuses, émises sans coliques.

15 - Beaucoup plus fréquemment les évacuations se font le matin ou immédiatement après les repas sous forme d'une selle unique, hâtive, impérieuse, ou encore de 2 ou 3 selles qui se suivent au début de la matinée. A un degré moindre on ne note qu'une certaine irrégularité des évacuations alvines.

16 - Dans 22 cas, cependant, nous n'avons pas retrouvé la moindre anomalie des fèces et dans 11 autres cas, le sujet se plaignait depuis de longues années d'une constipation opiniâtre.

17 Nous n'avons pas l'intention de décrire dans cette note, les principaux aspects de la maladie, mais il nous faut, cependant, pour bien situer les troubles neuro-végétatifs dans l'ensemble du tableau clinique signaler que, si les véritables coliques sont rares, on retrouve cependant à l'examen clinique et à l'interrogatoire des symptômes digestifs importants.

18 Les plus fréquents sont une douleur provoquée par la palpation des deux fosses iliaques : à gauche on sent, en outre, un sigmoïde spasmé, roulant sous le doigt, à droite un caecum gargouillant, empâté et légèrement douloureux.

19 Presque aussi importants sont les signes gastriques : éructations incessantes, brûlures post-prandiales, ballonnements, nausées, tous signes que, suivant les préférences doctrinales et suivant les cas, on attribue à une gastrite, à la déficience des fonctions hépatiques, voire à un ulcère gastro-duodénal, et qui ne sont, en réalité, que le reflet d'altérations fonctionnelles neuro-végétatives, à point de départ intestinal. Ailleurs, ce sont des signes d'appendicite chronique : douleur de la fosse iliaque droite, nausées, fébricule, amaigrissement. Ces malades sont souvent opérés à tort. D'autres fois encore, la douleur est sous-hépatique. Elle est rarement limitée à la zone vésiculaire : le signe de Murphy est trop large et trop diffus pour être authentique. Plus que du bord inférieur du foie, ou, de la vésicule, il semble que la douleur provienne de l'angle droit du côlon ou de la partie droite du transverse. Pendant des années ces clients habituels de Vichy, sont taxés d'hépatiques et traités par des cholagogues qui les améliorent mais ne les guérissent pas.

20 - Telle nous est apparue l'amibiase en Afrique du Nord. Extraordinairement répandue, camouflée sous des symptômes neuro-végétatifs variés, peu riche en signes intestinaux, très souvent méconnue, soit que l'on traite les sujets qui en sont atteints de cénesthopathes, ce qui est le plus fréquent, soit que l'on s'oriente vers des diagnostics tout différents. Les complications aiguës y sont rares. Nous avons vu, outre les deux hépatites amibiennes signalées plus haut, une hémorragie intestinale et une perforation du sigmoïde qui a abouti à une péritonite plastique localisée, rapidement curable.

21 - On pourrait se demander si, lorsque tout se borne à quelques malaises pré cordiaux, à quelques lypothimies, il ne s'agirait pas de dystonie neuro-végétative chez un porteur de germes sain. Il existe, en effet des porteurs d'amibes qui présentent un état de santé parfait à tous les points de vue. Nous croyons que ces faits sont rares. Presque toujours on peut mettre en évidence quelques uns des petits symptômes que nous avons passés en revue.

22 Ce qui confère à notre diagnostic une indiscutable authenticité, c'est l'action du traitement. Presque toujours la première série de Stovarsol est suivie d'une amélioration considérable de l'état général et des troubles fonctionnels. Si le traitement est maintenu et si le malade n'est plus exposé à une nouvelle contamination, la guérison est définitive. Le malheur est qu'en Afrique du Nord, les risques de contamination sont quotidiens.

23 Au point de vue thérapeutique, nous nous sommes presque toujours borné à prescrire des cures alternées de stovarsol, de dérivés de l'acide oxyquinoléique et de pâte de Ravaut. L'emploi trop répandu de l'émétine ne nous paraît, dans ces formes, ni justifié, ni recommandable. C'est un traitement très fatigant qui doit être réservé aux formes aiguës et aux complications hépatiques où il est indispensable.

24 Mais, pour utile que soit la thérapeutique individuelle, elle devrait céder le pas aux mesures d'hygiène collective. Même discrète, même latente, l'ambiase a pris en Afrique du Nord, les proportions d'un véritable fléau. Il est souhaitable que tout soit désormais mis en oeuvre pour le combattre et l'endiguer.

Chéque alinéa est précédé d'un numéro de 1 à 24. C'est nous qui avons numéroté ces paragraphes, car nous voudrions les reprendre un à un afin d'en comparer le contenu avec les faits que nous avons observés en Pays tempérés.

Ainsi nous ne nous écarterons pas du plan de Roger CATTAN et le parallèle paraîtra plus précis entre ce qu'il a découvert en Afrique du Nord et nos observations en pays tempérés.

Les alinéas 1, 2 et 3 exposent des généralités concernant l'amibiase en Tunisie : sa fréquence, la fréquence de sa forme camouflée, habituelle dans l'amibiase intestinale chronique se manifestant presque uniquement par des signes neuro-végétatifs.

Dans les alinéas 4 à 19, CATTAN décrit ces signes neuro-végétatifs et en donne l'allure et la fréquence. C'est sur cette partie que porte notre travail statistique pour essayer de dégager les modalités et le pourcentage de ces troubles sous nos climats.

Cette analyse pourrait se subdiviser, pour la commodité du travail, en chapitres qui auraient pour objet :

- les signes capitaux,
- les signes aberrants,
- les selles
- les signes digestifs

L'alinéa 20 énumère les complications.

Enfin les derniers alinéas 21 à 24 sont consacrés au traitement.

Nous allons suivre ce plan afin que notre transposition soit plus claire.

Chapitre I

ETUDE PRELIMINAIRE

- I -

La famille de Roger CATTAN a bien voulu nous donner sur sa carrière quelques renseignements que nous reproduisons ici car nous pensons qu'ils expliquent pourquoi ce médecin des hôpitaux de Paris a fait ce travail à Tunis. Il en était originaire et après avoir été reçu au Médicat, et avant d'être titulaire d'un Service à Paris, il est retourné dans sa ville natale où il avait de la famille et des amis.

"A la libération de Tunis, le Dr CATTAN se vit attribuer, à titre provisoire, un service hospitalier important à l'Hôpital de la Libération, établissement moderne, parfaitement équipé. Cette activité hospitalière temporaire s'étendit approximativement de juin 43 à janvier 45, date à laquelle il regagna Paris.

"Pendant cette période il eut également une situation assez exceptionnelle de médecin consultant.

"L'institut Pasteur de Tunis, oeuvre de Charles NICOLLE, était entre les mains de Balozet, Paul Durand et Ch. Anderson etc.... apte à pratiquer les examens de laboratoire. Il y avait également trois laboratoires de ville très convenablement équipés".

Voilà les réponses aux questions que nous nous sommes permis de poser sur notre auteur.

Nous remercions ici Madame L.C., sa parente, pour l'extrême obligeance avec laquelle elle nous a répondu.

Ces circonstances lui permettent de s'occuper de l'Amibiase qui lui paraît extrêmement répandue en Tunisie, il est convaincu que la moitié de la population est parasitée. Cette conviction est fondée sur les très nombreux examens de laboratoire pratiqués pour lui par l'Institut Pasteur le plus souvent.

De son côté R. DESCHIENS publie un taux bien moindre, d'après les documents de l'Institut Pasteur de Tunis également : 5 à 30 %

Pour nous, en France, nous ignorons absolument l'incidence de l'amibiase dans la population. Chez le médecin qui nous a fourni les dossiers de base de notre étude, un malade sur deux est effectivement amibien. Mais sa clientèle n'est pas celle que l'on rencontre habituellement ailleurs, les malades ayant tendance à envoyer à leur médecin ceux qui présentent les mêmes symptômes qu'eux.

En remplacement dans des cabinets situés dans la région parisienne ou en province, nous n'avons guère relevé plus de 2 à 3 % de malades qui paraissent avoir une dystonie amibienne. La clientèle de ces cabinets nous a semblé plus conforme à celle des autres cabinets de France, mais nous avons peut-être aussi manqué de temps pour en détecter davantage.

La vérité serait – mais ceci est une impression purement subjective – entre les deux : 8 à 10 % de la population en France, soit près de 5.000.000 de malades en tout.

R. DESCHIENS publie un taux d'infestation de 6 à 31 % pour la ville de Marseille. Le reste de la France présente des taux compris entre ces deux limites : 14 % à Nantes, 15 % en Meurthe et Moselle, 7 % à Lille. Pour Paris, mais il s'agit de chiffres de 1930 : 6,5 %.

- 2 -

CATTAN oppose l'Amibiase aiguë ou compliquée (crise aiguë de dysenterie et abcès du foie), formes bien connues, seules connues même, à l'Amibiase intestinale chronique. Cette forme, très fréquente, permettrait de reconnaître l'Amibiase beaucoup plus souvent qu'il n'est habituel de le faire. En 2 ans 1/2 il en rassemble facilement 100 cas.

En France, cette opposition est encore plus nette car la crise aiguë de dysenterie n'existe pratiquement pas. Certains malades connaissant ce mot, l'emploient mais abusivement : c'est dans leur bouche un simple synonyme de diarrhée.

Si on fait préciser les caractères de cette dysenterie on obtient parfois la définition de la vraie dysenterie, selles glaireuses de plus en plus afécaloïdes, parfois striées de sang, au nombre de 6 à 12 par jour, et, détail le plus caractéristique, survenant en pays chaud.

Nous n'avons relevé d'observations de dysenterie en France, que 2 fois :

1 - Chez un malade qui avait une crise de diarrhée glaireuse tous les ans en septembre. Il avait servi pendant la 2e guerre mondiale comme infirmier à Grenoble, et présentait des amibes dysentériques hématophages dans les selles.

2 & 3 - Chez deux pilotes d'une compagnie aérienne : ils arrivaient l'un et l'autre d'Extrême Orient (Saïgon et Bangkok) et étaient en crise depuis leur départ : ce sont donc des crises de dysentérie des pays chauds, rapidement transportées en climat tempéré.

Parfois, à l'occasion d'une diarrhée par laxatif pour préparer le malade à l'examen de selles, celui-ci émet des selles très glaireuses et présente même

des amibes dysentériques hématophages. Mais peut on parler de dysenterie ? D'ailleurs ces cas sont rares : nous n'en avons vu que deux fois.

La crise aiguë de dysenterie est donc quasi inexistante en France. La complication hépatique est-elle aussi rare ?

DESCRIENS a rapporté l'opinion de la majorité des auteurs qui voient dans le nombre des abcès amibiens d'un pays un indice de la virulence des souches d'Amibes qui y sévissent.

Nous venons de voir que l'Amibe en pays tempéré paraissait "bénigne" rarement capable de provoquer la crise de dysenterie en temps normal.

Néanmoins, elle donne des abcès du foie. Nous en avons réuni en 5 ans au moins six cas qui furent tous traités comme les deux cas de CATTAN, mais dont l'un dut être opéré malgré le traitement émétinien. Le dernier semblait avoir eu deux fois un abcès du foie et les deux fois guérit spectaculairement par de l'émétine intra veineuse administrée par un phthisiologue élève de AMEUILLE.

Si donc la forme aiguë ou compliquée de l'amibiase est rare également en France, la forme chronique y est, semble-t-il aussi fréquente que le note CATTAN en Tunisie.

C'est du reste l'avis de Jean SCHNEIDER :

"De toutes les affections réputées d'origine tropicale et observées en pratique métropolitaine l'amibiase est certainement la plus répandue et ceci se comprend fort bien quand on sait que la contamination est directe, se fait d'homme à homme, ne nécessitant pas d'hôte intermédiaire".

Il s'agit bien de forme chronique car SCHNEIDER dit par ailleurs :

"La description classique de l'amibiase intestinale est bien connue de tous les médecins : c'est celle du syndrome dysentérique... Mais cette manifestation très typique, si elle est relativement fréquente dans certains pays tropicaux est exceptionnellement rencontrée dans la pratique médicale courante de notre pays."

Pour notre compte nous avons pu avoir des contacts avec des médecins qui s'occupaient d'amibiase en France. L'un d'entre eux, celui qui nous a per-

mis de faire cette thèse a mis à notre disposition plus de 4000 dossiers d'amibiens traités dans les 10 dernières années.

Cette incidence inattendue d'une maladie d'origine tropicale en climat tempéré est due au fait que ce médecin se fie presque uniquement aux signes nerveux et psychiques, à la dystonique selon CATTAN.

Son critère est le test de guérison de ce syndrome dystonique et la négativation des selles après le traitement anti-amibien.

CATTAN souligne l'intérêt qu'il y a à étudier les 100 cas d'amibiase intestinale chronique qu'il a rassemblés, car il pense que l'on assistera à une recrudescence de l'Amibiase sur le territoire métropolitain.

Il écrivait cela en 1945. Depuis, voici les facteurs qui ont transformé la situation dans le sens prédit par cet auteur :

- Création du réseau Air France,
- Envoi et rappel d'un corps expéditionnaire en Extrême Orient,
- Repli des colons d'Indochine et des Indes sur la Métropole,
- Envoi et rappel des militaires des contingents de 1955 à 1962 en Algérie. Quand il revenaient contaminés, ils contaminaient leurs familles.
- Repli des colons d'Afrique du Nord et Noire en France,
- Accueil ininterrompu des boursiers africains,
- Changement de recrutement des manoeuvres : on les engage en Afrique du Nord et non plus en Italie.

- Récente importation de Martiniquais pour les reclasser en France. On en voit à Paris dans les autobus, la voirie... et le personnel des restaurants !

- Engouement pour la péninsule ibérique : tourisme en Espagne et au Portugal, immigration en France d'Espagnols et de Portugais qui s'emploient souvent à faire le ménage.

Le Français a cessé de mériter la réputation d'ignorer la géographie. Il voyage énormément depuis la 2eme Guerre Mondiale.

Le Service militaire en Algérie a été remplacé - partiellement - par les emplois outre-mer au titre de la coopération : les jeunes gens peuvent au lieu d'être soldats, enseigner ou servir de techniciens dans ces pays.

La recrudescence de l'Amibiase annoncée par Roger CATTAN s'est réalisée et il est en effet impossible d'envisager l'incidence de cette maladie comme on le faisait avant la 2e guerre mondiale. Ce n'est plus une maladie rare qu'on ne rencontre jamais, cela n'est vrai que pour le médecin "non averti" qui ignore l'aspect neuro-végétatif de la maladie.

oOo

- 3 -

La définition de la forme chronique de l'amibiase intestinale est donnée ici :

"C'est une forme camouflée où dominant les troubles neuro-végétatifs. Ces symptômes, pour tout médecin non averti (nous citons CATTAN) n'éveillent que l'idée d'une banale dystonie neuro-végétative".

Mais pour l'auteur, après deux ans de séjour en Tunisie, ils paraissent si caractéristiques qu'ils imposent le diagnostic.

En France encore plus qu'en Tunisie, reconnaître l'Amibiase dans cette dystonie est une nécessité car la majorité des malades ne consultent qu'à cause d'elle, et non pour des troubles digestifs.

Nous avons noté cependant quelques observations de malades qui avaient consulté pour d'autres troubles que la dystonie :

1 - Une faible quantité (20) nous ont été adressés par un stomatologiste.

Les uns présentaient une stomatite au milieu d'un cortège de troubles dystoniques.

D'autres (au nombre de 4) présentaient uniquement une lésion gingivale à l'exclusion du reste.

2 - Une autre partie vient pour des troubles digestifs : diarrhée au long cours, constipation exceptionnelle, coliques permanentes ou par crises (204 cas).

3 - Mais la plupart viennent pour un ensemble de signes neuro-végétatifs qui donnent à leur affection une allure spéciale. Rarement, ils n'en signalent qu'un le plus intense : la fatigue souvent, les vomissements du réveil deux fois.

En définitive, un médecin qui se familiarise avec l'amibiase, devant un tableau de dystonie neuro-végétative, pensera toujours à la dystonie amibienne que nous allons étudier afin de pouvoir la traiter et la guérir.

oOo

Chapitre II

LES SIGNES CAPITAUX DE DYSTONIE

- 4 -

Ici CATTAN aborde le signe le plus important de cette dystonie, la fatigue.

Pour l'auteur, c'est une fatigue qui apparaît dès le réveil et qui persiste toute la journée, avec dissipation légère dans l'après midi.

Une modalité de fatigue absolument conforme à cette description se voit également en France mais dans un pourcentage de cas faible : 9,3 %.

En interrogeant le malade avec plus d'insistance, on s'aperçoit que c'est une fatigue strictement du réveil, débordant dans la matinée mais excédant rarement deux heures.

Même quand le malade dit être fatigué toute la journée et toute la matinée, il a un paroxysme de fatigue au réveil très caractéristique. Nous avons noté pour :

- un quart d'heure au moins : 129 cas (sur 1000)
- de un quart d'heure à une demie heure : 103 cas,
- plus d'une demie-heure : 431 cas.

La rémission dans l'après-midi seulement est retrouvée 420 fois mais beaucoup de malades situent à 17 h. une espèce de regain d'activité qui s'accroît entre le soir après le dernier repas et qui leur fait dire qu'ils sont "du soir". La rémission après le dîner est mentionnée plus loin.

CATTAN note que cette fatigue diminue le rendement social des individus.

Nous avons vu consigner ce rendement séparément car il est fait effectivement de fatigue, mais dérive également d'autres facteurs comme : la dis-

persion d'esprit, l'incapacité de poursuivre un effort, la grande fatigabilité physique et psychique chaque fois que le malade se contraint. Sans être spécialement fatigué toute la journée le malade fuit l'effort auquel il veut résister étranger.

C'est le caractère de la main d'oeuvre des pays chauds que l'on accuse de paresse constitutionnelle et à qui on accorde parfois le bénéfice d'un état paludéen.

"La plupart des pays sous-développés sont le domaine des maladies de masse, elles affectent une proportion si élevée de la population qu'elles contribuent à entraver le développement économique et social du pays. Du point de vue médical elles masquent les autres maladies au point de les faire passer cliniquement à l'arrière plan".

Yves LACOSTE, dans sa Géographie du sous développement admet ainsi le rôle de la plupart des endémies tropicales, donne les chiffres de la morbidité mondiale du Paludisme, des maladies vénériennes, de la filariose, de la bilharziose et du trachome. Mais il ne fait que nommer l'amibiase dont le rôle asthénisant sur toute une population n'a jamais été envisagée.

En France, on note souvent une diminution du rendement que sommairement on peut classer ainsi :

- Incapacités partielles :

. travail fait mais péniblement :	629
. travail réduit :	147
. changement de situation :	20

- Incapacité totale, abandon du travail : 17

Les heures avancées de la nuit sont bonnes si le malade n'est pas trop accablé : il veillerait toute la nuit, est gai et actif : tous ses problèmes ont disparu.

Sur tous nos malades on en relève 516 dans ce cas.

- 5 -

L'amaigrissement signalé dans 40 % des cas par CATTAN est un signe très caractéristique chez lui. Le malade maigrit progressivement et sans cause apparente de 6 à 8 kg.

Nous avons retrouvé ce signe en France, avec une constance de 185 cas (18,5 %).

Nous avons essayé d'analyser ce comportement pondéral et nous avons trouvé les catégories suivantes :

1 - Malades que l'amibiase n'a pas empêché de grossir régulièrement. Ces malades ordinairement entre 40 et 60 ans prennent chaque année de l'embonpoint qu'ils aient ou non des troubles digestifs. Ils sont extrêmement étonnés quand on leur parle d'amibiase car dans leur esprit cette maladie évoque une affection consomptive.

Nous en avons compté 120.

2 - Malades dont le poids est resté strictement stationnaire depuis l'âge adulte : 561.

3 - Malades qui ont perdu, comme les 40 de CATTAN, de 6 à 8 kg et ne les ont pas repris : 76.

4 - Une catégorie qui nous paraît très caractéristique est celle des malades qui ont perdu rapidement, en une semaine ou deux, 6 à 8 kg soit à l'occasion d'une crise de diarrhée, soit spontanément sans cause apparente, comme le dit CATTAN.

Ces malades, fait remarquable, ont repris leur poids lentement en 1 mois ou 2. Ils sont au nombre de 134.

Cette crise passagère d'amaigrissement se renouvelle parfois plusieurs fois au cours de la maladie.

CATTAN signale que ces amaigrissements d'apparence cryptogénétique sont souvent pris pour des poussées tuberculeuses.

Nous n'avons pas de chiffre pour illustrer cette assertion mais nous avons sous les yeux quelques cas d'erreurs remarquables dans ce sens.

En particulier un prévenu placé dans une clinique privée pour être soigné de tuberculose subissait un traitement depuis un an et demi lorsque nous le vîmes en 1962. Il avait atteint le poids de 48 kg pour 1,84 m mais sa vitesse de sédimentation n'avait jamais dépassé 6 mn. Il présentait une température de 37° le matin et 39° le soir. Il avait de nombreux troubles neuropsychiques étiquetés psychosomatiques et dans ses antécédents une crise de dysenterie en Orient, en 1952, soignée par du Stoversol à petite dose. Il était alors grabataire et ne se déplaçait qu'avec des béquilles. Il présentait heureusement encore des amibes à l'examen de selles ce qui permit d'instituer un traitement qui aboutit..... à une évacuation retentissante.

Nous connaissons un deuxième cas d'amibiase et de tuberculose où la part de chaque affection fut difficile à faire. Il s'agit d'un missionnaire qui servait aux Wallis et qui avait présenté une atteinte de tuberculose pulmonaire. Il contracta dans ces îles une amibiase qui lui fait perdre 12 kg et que l'on soigna comme une rechute de tuberculose car, disait-on, il n'y a pas d'amibiase en Océanie. Sa dystonie, en France, mit sur la voie d'une amibiase dont on put faire la preuve et le guérir rapidement.

- 6 -

Ici l'auteur décrit un curieux signe caractérisé par des vertiges, des lipothymies et des syncopes.

Cet étourdissement (car il ne s'agit pas d'un vertige giratoire) se produit sans horaire chez le malade au cours de son activité.

Il accompagne parfois une sensation angoissante de faim et cesse dès que le malade ingère la moindre quantité d'aliment (morceau de sucre, bout de biscuit).

Ce signe a été revu par nous avec une assez grande fréquence : 775 fois ou dans 77,5 % des cas, incidence que nous pouvons comparer car CATTAN en donne une approximation : plus de 40 cas (sur 100)

21 malades sont venus consulter pour ce signe uniquement.

Il nous a paru qu'il survenait principalement dans la matinée, une à cinq fois environ, jusqu'à l'heure du repas de midi.

L'interrogatoire pratiqué pour savoir s'il y avait une sensation de faim pénible et l'habitude d'ingérer des bribes d'aliments ne nous a pas permis de retrouver cette modalité si caractéristique dans plus de 82 cas, 8,2 %.

Par contre nous avons essayé de cerner d'autres circonstances d'apparition de ce trouble et avons constaté qu'il survenait presque constamment quand le malade se relevait brusquement après s'être baissé ou couché. Ces phénomènes pseudo-vertigineux ont été décrits par DANA et CARCOS 652 cas retrouvés.

Certains de nos malades, au nombre de 90, présentaient des signes d'agoraphobie au point de se faire accompagner dans leurs déplacements, des signes de claustrophobie (en ascenseur en particulier).

Une malade, caissière, avait l'impression pénible d'être chargée par les clients qui se pressaient à son guichet.

- 7 -

Dans ce paragraphe CATTAN parle de syncope qui ressemble plus ou moins à de l'épilepsie. Surtout quand elle se complique de crises convulsives. Il cite deux cas, guéris par un traitement anti amibien, parmi les cent autres cas d'amibiase qu'il a eu à soigner.

Ces épisodes de perte de connaissance à tendance épileptique ont déjà été signalés avant lui par VILLEMIN, MATHIEU et ROUX en 1925.

Pour notre part, nous avons rencontré neuf cas similaires. Le pourcentage, comme on le voit est plus faible que chez CATTAN mais, quand il s'agit de raretés, l'indice n'a pas toujours une valeur absolue, le hasard étant responsable de ces rencontres.

Nous préférons en citer quelques uns car ces cas sont trop peu nombreux pour donner matière à statistique.

Monsieur F. âgé de 29 ans, qui avait accompli son service militaire en Algérie en 1962, présente trois crises syncopales en août 1967, le 7 septembre 1968, en octobre 1968.

La dernière crise survient par une journée chaude , sous un ciel lourd et couvert, au milieu de la foule, vers 16 heures, le malade sent brusquement une moiteur des mains et son front glacé, voit les gens qui l'entourent dans un brouillard, tombe sur un voisin et perd connaissance. Il présente alors une crise de convulsions sans mictions ni morsure de langue. Il est conduit par Police Secours à l'Hôpital Rothschild où il se réveille un quart d'heure, après, désorienté dans l'espace et met 4 minutes à retrouver son adresse. Les examens pratiqués sont négatifs.

Monsieur Le B. 34 ans, fait son service militaire en Algérie en 1957.

Le 4 novembre 1966, dans la nuit le malade perd connaissance, présente des convulsions, ne se mord pas la langue, n'urine pas. La crise dure un quart d'heure.

On demande un examen du fond d'oeil, une radiographie du crâne, un électroencéphalogramme, tous normaux. Une radiographie du cadre colique demandée ensuite ne relève aucune anomalie.

Madame L. 52 ans, présente des épisodes syncopaux fréquents. Elle est traitée par du gardenal par son médecin pendant 10 ans. Le traitement spécifique anti amibien permet de supprimer le Gardénal sans aucune suite fâcheuse.

Un de nos malades âgé de 30 ans présente 10 crises dans l'année 1960 avant le traitement anti amibien.

- 8 -

D'après CATTAN ce sont les défaillances citées plus haut qui déterminent un état d'angoisse chez le malade.

Cette angoisse est fréquente et se traduit pour nous par des sensations d'enserrement de la gorge, de gêne variable à ce niveau (sensation de boule qui monte et descend), de striction à la poitrine, de poids au creux épigastrique.

Nous avons parlé plus haut d'agoraphobie pour ne pas y revenir ici, dans ce chapitre où les classe CATTAN.

Il suffit d'énumérer ces signes pour comprendre qu'ils sont souvent considérés comme l'apanage d'une maladie psychique, voire imaginaire.

CATTAN parle de gardenal et succédanés dont ces malades usaient, c'était en 1945. Depuis toute une gamme de tranquillisants a fait son apparition et ont été adoptés par eux.

CATTAN ne donne pas de statistique de la fréquence de ces signes. Nous les donnons pour être complets mais nous regrettons de ne pouvoir dire s'ils sont plus communs en France ou en Afrique du nord.

- Fréquence de l'angoisse :	566 cas	56,6 %
- Fréquence de l'agoraphobie :	90 cas	9 %

oOo

Dans ce paragraphe, CATTAN décrit le psychisme de l'amibien : Son humeur change radicalement après traitement de son affection ; cela prouverait que son mauvais caractère est plus un trouble qu'un état constitutionnel.

Nous avons voulu détailler ces symptômes pour en faire des signes plus caractéristiques de l'amibiase, en faisant ressortir le côté contradictoire que chacun peut comporter. Par exemple, si les amibiens sont coléreux, agacés, ils le sont vis-à-vis de leur entourage mais peuvent montrer une patience dans leur travail et une minutie paradoxales. Voici comment ce syndrome caractériel a été subdivisé :

1 - En premier lieu l'irritabilité vis-à-vis des gens. Nous l'avons rencontrée dans 831 cas, chiffre le plus élevé de notre étude statistique.

Cette irritabilité est dirigée électivement contre les gens les plus familiers d'abord, femme, enfants, parents, puis les relations professionnelles, et enfin contre n'importe quel étranger. Ces derniers bénéficient parfois d'une irrascibilité exceptionnelle de la part des amibiens qui se comportent alors en voisins mauvais coucheurs ou en automobilistes abusifs.

En contraste avec ce signe, on note une patience parfois exceptionnelle. Mais on remarque que les malades sont d'autant plus patients que leur occupation les isole du milieu ambiant. Ils s'abiment dans une collection de timbres pour se soustraire à leur famille. Ce sont des occupations de fuite, des refuges contre tout ce qui pourrait les contraindre.

Nous avons trouvé ce signe complémentaire dans 449 cas.

2 - L'anxiété

L'anxiété est un état spécial chez l'amibien, qui est craintif, timoré, redoutant sans cesse l'avenir ; il dit couramment "se faire une montagne" de peu de choses. Il a tendance à voir les solutions péjoratives à ses problèmes. Il a également tendance à se supposer des maladies graves pour expliquer sa dystonie trainante.

Une fois guéri, son détachement, son objectivité l'étonnent car il croyait que son approche des problèmes était physiologique et non pas pathologique.

Nous avons relevé 800 cas.

3 - La tristesse qui caractérise l'amibiase est également assez particulière.

Dans les cas bénins, le sujet connaît une gaité relative entrecoupée de crises de cafard, de tristesse ou même de désespérance.

D'autres, sur un fond morose, sont saisis de brusques chutes dans une profonde mélancolie. Les causes sont tantôt insignifiantes tantôt rigoureusement absentes. La tristesse survient comme la nuit succède au jour.

Dans les cas extrêmes, c'est la crise de dépression dont parlent les psychiatres. Le malade, qui le plus souvent ne se savait pas amibien, subit un choc dont l'importance n'apparaîtra qu'ultérieurement : accident d'auto, deuil, accouchement. Au bout d'un certain temps, il tombe dans une tristesse et un découragement qui lui font renoncer à tout (travail, attention) y compris à la guérison.

Le diagnostic étiologique de ces états est extrêmement difficile car il est classique de les attribuer à ces chocs physiques ou psychologiques qui ne sont en réalité que des facteurs déclenchants. En effet, l'amibiase n'est souvent pas recherchée dans les antécédents et, si elle est retrouvée, l'on ne pense pas à elle comme une cause possible de ces désordres psychiques.

L'attitude de ces malades vis-à-vis de l'instinct de conservation est tantôt le souhait d'une mort qui résoudrait tous leurs problèmes, tantôt, plus rarement, le désir de se supprimer qu'ils ont parfois le courage de réaliser.

Dans une étude faite au Maroc, FONTEIX écrit dans "l'Hôpital" du mois d'octobre 1953 :

"La tendance à l'irritabilité nerveuse, la cyclothymie et l'émotivité exagérée jusqu'à l'angoisse sont caractéristiques et se retrouvent fréquemment chez l'amibien. De plus, si le rapatriement n'était pas effectué, on pouvait observer l'évolution vers une mélancolie, une psychasthénie, ou plus simplement vers une cyclothymie. La forme médico-légale de l'amibiase pouvant même résulter de l'importante irritabilité."

C'est pourquoi, cette catégorie de malades est si souvent l'apanage de la psychiatrie.

Dans nos observations, nous n'avons différencié que deux catégories : les déprimés qui avaient des crises de tristesse et ceux qui avaient eu des dépressions, soignées comme telles, par des spécialistes.

Dans la première catégorie, nous trouvons 703 déprimés.

Dans la seconde catégorie 99 cas de dépression.

4 - CATTAN traite de velléitaires plusieurs catégories d'abouliques amibiens.

Il y a ceux qui n'ont plus envie de faire quoi que ce soit et qui ne font rien en réalité. Ce sont des absentéistes abusifs qui découragent médecins et sécurité sociale, par exemple.

Il y a d'autres amibiens qui se cantonnent à leurs occupations habituelles et qui, ayant acquis un certain automatisme, n'ont plus à faire intervenir leur volonté pour vivre une vie d'apparence normale.

Il y a ceux qui en plus de ce fonds d'occupation cherchent à s'adonner parfois à des occupations moins impérieuses et y renoncent rapidement. Ils laissent une foule de tâches inachevées autour d'eux et se plaignent de ne pas être capables de finir.

Il y a enfin le véritable velléitaire qui se propose en imagination une foule d'activités dont il ne commence aucune. Celui-là ne se plaindra de rien se croyant simplement un rêveur.

Dans l'étude de nos dossiers, nous avons pu distinguer parmi ces abouliques ceux qui avaient un effort à faire pour achever leur tâche et ceux qui la terminaient sans effort.

60,7 % pour la première catégorie

39,3 % pour la deuxième catégorie

mais on conçoit que cette différenciation est extrêmement arbitraire car entre le malade qui s'acquitte de sa tâche et n'entreprend rien d'autre et celui qui essaie toutes sortes d'activités en plus de la sienne, le plus aboulique des deux est celui qui termine tout puisqu'il se cantonne à l'essentiel.

5 - CATTAN n'accorde pas une place spéciale à la dispersion d'esprit, l'incluant sans doute dans la fatigabilité.

A la lumière de nos observations, les amibiens semblent avoir perdu une certaine capacité psychique. Ils sont capables d'une attention moins soutenue, suivent plus difficilement un interlocuteur, un livre, une pensée étrangère et s'évadent dans des rêveries ou dans une absence de pensée très rare, normalement, chez l'Européen.

L'un d'entre eux nous apprend qu'au Laos les gens du pays passaient leurs loisirs à faire susu. Il ne s'agit pas de se reposer en laissant errer sa pensée, mais d'immobilité avec vacuité d'esprit et absence réelle de pensée. Il semble que certains amibiens fassent naturellement susu.

La plupart du temps l'esprit du malade est le siège de pensées fugaces et incohérentes qu'il ne gouverne absolument pas. Ce sont des circuits préférentiels, plutôt que des thèmes, circuits préférentiels que certains auteurs placent dans le rhinencéphale plutôt que dans le cortex.

Cette absence de concentration s'observe très difficilement chez ceux qui n'ont guère à réfléchir, un gardien de La Villette nous affirmait se concentrer très bien. Par contre, les intellectuels et en particulier ceux qui acquièrent des connaissances (étudiants) s'en plaignent beaucoup car elle les contrarie dans leurs examens et leur interdit les concours.

Nous avons rencontré cette dispersion d'esprit dans 724 cas.

6 - La mémoire subit une déformation comparable à l'attention. Le malade peut se plaindre de déficit global de sa mémoire mais ce n'est nullement caractéristique. Une mémoire capricieuse qui retient ou ne retient pas sans ordre ni discrimination l'est davantage. Le malade signale ce signe qui lui paraît incompréhensible, c'est pourquoi il a été très régulièrement noté : on le retrouve dans 700 cas.

7 - CATTAN ne semble pas inclure l'insomnie parmi ces signes. Pourtant cette insomnie, quand elle existe, rétrocede après traitement de la même façon que les signes précédants. C'est pourquoi nous la placerions volontiers ici.

L'amibien a beaucoup de mal à s'endormir, c'est pourquoi, à cause de l'euphorie qu'il éprouve souvent le soir et de l'insomnie qui l'attend, il a grande répugnance à se mettre au lit. Il trouve le sommeil au bout de plusieurs heures le plus souvent et dort rarement de façon ininterrompue. Après s'être réveillé deux ou trois fois dans la nuit, il s'endort parfois profondément peu de temps avant l'heure du lever. Certains s'éveillent même avant celui-ci. Ces troubles du sommeil font croire au malade qu'ils sont responsables de son asthénie matinale mais il n'en est rien car s'il passe une nuit blanche il est moins fatigué le lendemain matin. Pourtant certains malades en sont exempts. Nous avons retrouvé cette insomnie dans 574 cas.

Pour dix de nos malades, ce signe avait déterminé la consultation : Mme C. Marcelle, 53 ans après trois séjours à Saïgon où elle présente une crise de dysenterie en 1964, se réveillait toutes les heures avec nausées, angoisse, palmitations cardiaques.

CHAPITRE III

LES SIGNES ABERRANTS DE DYSTONIE

- 10 -

CATTAN relève la fréquence des manifestations cardiovasculaires à base de palpitations, tachycardie permanente, arythmie extrasystoliques sans aucune altération organique, ni anomalie aux examens électriques. Cette symptomatologie a été reprise, après lui, par CALO dans la presse Médicale du 10 août 1946 sous le titre : "Les formes pseudo-cardiaques de l'amibiase".

Nous avons observé également un grand nombre de ces troubles, dont une certaine proportion avait conduit le malade chez le cardiologue. (76 cas).

Les palpitations sont au nombre de 649, avec parfois sensation de pincements du coeur ou impression de piqûres d'aiguilles. Nous avons noté une assez grande fréquence de ces palpitations la nuit, le malade couché. Enfin nous rattacherions ici une crise curieuse que les malades ont raconté à peu près dans ces termes : (on en note 3 ou 4 en tout).

Pressentiment d'un malaise avec sensation de bloc douloureux dans l'estomac suivi d'une saveur métallique dans la bouche, d'une sécheresse de la gorge, d'une impression de mouches volantes, de sifflement d'oreille, puis installation d'une impression de syncope imminente ou même de crainte de mort imminente. Le coeur présente une tachycardie de 120 à 140 battements à la minute, la pression artérielle maxima est alors à 18 puis redescend après la crise au taux initial. Cette crise est suivie d'une sudation importante qui précède la retour au calme. Une description fidèle de ces symptômes nous a été faite par un confrère amibien.

Quant à l'hypotension habituelle et modérée mentionnée par CATTAN dans la majorité des cas, elle nous est apparue avec une fréquence si grande que nous la tenons pour habituelle dans l'amibiase.

Les chiffres se situent entre 10 à 12 pour la maxima et 6 à 8 pour la minima (au Vaquez).

Cela ne nous a pas empêché de noter une hypertension chez des malades avec une forte présomption de troubles cardiovasculaires que nous avons tous adressés à un spécialiste : 9 cas.

- 11 -

Bien qu'il soit classique de dire que l'amibiase n'est pas une maladie fébrile, CATTAN relève trois cas dont le symptôme majeur était une fébricule continue datant de six mois.

Nous avons relevé également quelques cas isolés que nous allons décrire rapidement ici :

- Madame B., 63 ans, vit en Afrique (Guinée, Côte d'Ivoire, Sénégal) de 1933 à 1952. Elle fait en France, en 1966, une crise hyperthermique avec vomissements et céphalée. On l'hospitalise un mois et demi à l'hôpital de LAGNY. Tous les examens pratiqués, hormis l'examen de selles, sont négatifs.

- Madame B., professeur dans un C.E.G., vit au Sahara, Alger, Oran, Tlemcen de 1952 à 1962. Elle est soignée à Oran pour colibacillose, présentant des épisodes fébriles à 40°. Elle vient en France où ces épisodes se répètent et l'amènent à consulter cinq praticiens avant la découverte d'amibes dans les selles.

- Monsieur A. présente chaque mois depuis 2 ans une "grippe" qui le tient au lit une semaine. Il a le teint basané et le type Hindou. Il nous dit être originaire de Kaboul et faire ses études à Paris. Une seule injection de vaccin anticolibacillaire intradermique ramène sa température à la normale. Il a des amibes à l'examen, on le traite . Depuis plus de 2 ans il n'a plus de fièvre.

- 12 -

Si CATTAN peut affirmer "qu'en pratique nord africaine tous ces symptômes, que l'on n'aurait aucune peine à grouper dans le cadre des endosymphathoses décrites jadis par E. MAY et H. GALLOT, doivent toujours attirer l'attention sur l'intestin et faire rechercher des signes moins trompeurs de l'amibiase", nous concluons notre étude en montrant qu'en France l'importance de ces signes est encore accrue. Les signes intestinaux, les plus généralement connus pour caractériser l'amibiase se montrent en France encore plus rares et plus incertains qu'en Afrique du Nord. En particulier la crise de dysenterie amibienne ne se rencontre qu'avec une rareté extrême sous nos climats (6 cas en 20 ans d'exercice chez notre praticien comme nous allons le développer au chapitre suivant).

Au Congrès International de l'Amibiase de CHATEL-GUYON en 1950, HILLEMAND et R. CATTAN signalent ce fait : L'amibiase, en France, ne se manifeste le plus souvent que par des symptômes banaux ou des signes d'accompagnement trompeurs.

Chapitre IV

ETUDE DES SELLES ET DU TRANSIT

- 13 -

CATTAN insiste ici sur la rareté des antécédents dysentériques, c'est-à-dire présence d'une crise de dysenterie vraie au cours d'un séjour tropical. Cet accident ne se retrouverait en Tunisie que dans 7 % des cas.

Nous avons examiné en France des malades n'ayant jamais quitté leur sol, ayant donc contracté une amibiase autochtone, et des malades ayant voyagé en pays d'endémicité.

Nous avons pris pour critère de la crise de dysenterie qui dure un ou plusieurs jours, la présence de selles au nombre de 6 à 12 par jour, liquides puis afécaloïdes et composées en majorité de glaires. Dans ces crises, l'Amibe dysentérique se présente tantôt sous forme minuta, tantôt sous forme hématophage, tantôt sous les deux formes.

Nous n'avons jamais vu confirmer le pouvoir pathogène par inoculation au chat. C'est pourquoi nous ne parlerons pas d'amibe pathogène, mais d'amibe hématophage.

Dans l'amibiase autochtone, nous n'avons rencontré qu'une seule observation, en 1948, d'une crise de diarrhée avec selles presque purement glaireuses et bourrées d'une quantité incroyable d'Amibes dysentériques hématophages. Il y en avait environ six ou sept par champ microscopique. Ce malade, déjà cité, n'avait jamais quitté la France et avait seulement été, pendant la seconde guerre mondiale, à Grenoble où il avait été employé à l'admission d'un hôpital militaire.

Nous n'avons pas retrouvé d'observation analogue chez notre médecin mais, récemment, le Docteur DAO nous a convoqué pour nous montrer des

amibes hématophages dont certaines avaient plus de 30 microns et étaient bourrées d'une vingtaine de globules rouges. Sept heures après l'émission, il y avait encore quelques amibes minuta et hématophages mobiles. Les selles étaient ovilées : des billes dans une grande abondance de glaires. Fait remarquable : elles provenaient d'un sujet qui avait été sous les tropiques mais qui était revenu en France depuis 3 ans.

Dans l'amibiase contractée en pays chauds et soignée en France, après un interrogatoire serré, portant sur les antécédents exotiques, nous avons trouvé des dysenteries dans 250 cas.

Ici se place la deuxième catégorie de malades cités au début de notre ouvrage concernant les pilotes en crise depuis leur départ d'Extrême-Orient. Dans cette dysenterie tropicale prolongée, on trouve et le syndrome dysentérique si rare sous nos climats, et l'Amibe dysentérique hématophage à l'examen de selles.

CATTAN pense que, contrastant avec la rareté de ces crises de dysenterie, les diarrhées banales où l'on n'a pas cherché des amibes sont infiniment plus fréquentes et qu'il faut trouver par l'anamnèse, parmi elles, les caractères d'une vraie dysenterie. La fréquence de ces diarrhées est en effet très grande mais, si les malades de CATTAN s'étonnent de cette investigation, tendant à faire de leur diarrhée une manifestation de l'amibiase, les nôtres, au contraire, donnent l'impression de vouloir faire de n'importe quelle selle liquide une dysenterie, même d'une simple diarrhée après absorption d'eau magnésienne que l'on trouve aux confins du Sahara. On pourrait tenir compte de ces diarrhées lorsqu'elles ont suscité un examen de selles positif, ce qui est malheureusement très rarement le cas. Mais nous serions plutôt tentés de penser que ces crises de diarrhées avec amibes ont plutôt la valeur d'une réactivation pour examen de selles que d'une crise de dysenterie vraie.

Notre incidence est donc relativement peu élevée. Mais, comme le rappellent dans un remarquable article de la Revue de Médecine d'octobre 1968 R. TAVERNIER et A. JOLLY : "Il faut retenir que le syndrome dysentérique n'est en aucune façon le syndrome inaugural obligatoire de l'amibiase, qu'un porteur tolérant de kystes ou d'Amibes dysenteriques minuta, qu'un colitique porteur d'Amibes dysenteriques histolytica ont fait, font ou ont des

chances de faire, . . . un jour une dysenterie amibienne vraie . Son aspect clinique typique est beaucoup trop présent à l'esprit car il concrétise trop souvent l'amibiase, au détriment des autres formes de cette parasitose".

oOo

- 14 -

Après avoir parlé de dysenterie vraie, CATTAN mentionne dans ce paragraphe la diarrhée. Ce mode d'exonération que l'on a l'habitude d'attribuer à l'amibien entre ses crises de dysenterie ne semble qu'une fallacieuse association d'idées car CATTAN ne le voit que 10 fois sur 100 cas avec une selle molle par jour, plus de dix fois avec plusieurs selles liquides par jour.

Pour nous, nous l'avons recherché également dans nos dossiers et avons trouvé des malades constamment diarrhéiques, depuis parfois 25 ans. Nous avons distingué, comme notre auteur, les cas de diarrhée avec une seule selle par jour : 122, et les cas de diarrhée avec plusieurs selles par jour, molles ou liquides : 188. Au total, 310 cas.

Voici quelques cas remarquables de diarrhée :

- Madame S. Eliane, 50 ans, présentait depuis 10 ans une diarrhée continue à raison de 20 selles quotidiennes liquides avec peaux souvent déclenchées par les oléagineux.

- Monsieur V. Louis, militaire de carrière, allait à la selle 6 à 8 fois par jour depuis 1965. Il vient consulter en août 67.

- Monsieur H. Paul, 60 ans, qui avait vécu en Indochine de 1907 à 1946 et en Guinée, Sénégal, Soudan de 1948 à 1960, s'exoneraait 5 fois le matin, 5 fois l'après-midi depuis 1 an avant de consulter.

- 15 -

CATTAN distingue ici un mode d'évacuation en diarrhée avec selle impérieuse au réveil et après les repas. Cette selle s'évacue en une ou plusieurs fois.

Nous regrettons que les notes que nous avons consultées n'aient pas été explicites à ce sujet. Nous avons trouvé plusieurs fois la mention 'hill trott' (selle impérieuse du matin commune aux Indes anglaises) ou selle impérieuse post-prandiale, mais nous n'en avons pas fait de compte, ignorant où les classer. Elles sont certainement au nombre de plus de 50 cas.

oOo

- 16 -

CATTAN mentionne 22 % de cas sans la moindre anomalie des fécès. Sous la rubrique "selles moulées quotidiennes" nous relevons dans nos dossiers 106 cas.

Cette différence provient peut-être de l'incompréhension du malade qui a tendance à déclarer des selles "normales" pour ne pas insister sur un sujet qui le gêne. Il ignore souvent qu'une selle molle, même s'il la trouve satisfaisante, n'est pas normale. En lui faisant décrire sa selle, on obtient la notion de selles moulées quotidiennes.

Dans 11 cas CATTAN trouve une constipation "opiniâtre". Il s'agit sans doute de constipation pure avec ce mode d'exonération, constamment. Nous en avons trouvé 330.

Par contre, il y a des constipés que le moindre laxatif, la moindre intolérance alimentaire, le moindre refroidissement de l'abdomen dérangeant et qui présentent une alternance de diarrhées et de constipations irrégulières et imprévisibles. Ces constipés à grande susceptibilité intestinale nous paraissent les plus fréquents et pourraient peut-être aussi être mis dans la catégorie précédente.

De même, une autre catégorie de nos malades s'exonère pas des diarrhées régulières tous les trois ou quatre ou huit jours, par exemple. Après cette longue période sans selle survient un jour de diarrhée et tout recommence. S'agit-il de fausses diarrhées, avec liquéfaction des selles par exsudation colique, mode d'exonération de certains constipés ? Nous le croirions volontiers.

Quoi qu'il en soit, la catégorie des diarrhées - constipations, qu'elle soit considérée comme constipation pure ou non, est de 254 cas.

Comme nous le voyons, la constipation, qu'elle soit pure ou entrecoupée de diarrhées, semble traduire le mode de transit le plus commun chez l'amibien, ce qui permet d'émettre l'aphorisme : "l'amibien est un constipé".

Chapitre V

SIGNES DIGESTIFS EN DEHORS DU TRANSIT

17 & 18

Dans ces trois paragraphes, CATTAN parle des signes digestifs en dehors du transit.

Il consacre deux paragraphes aux coliques qu'il trouve peu fréquentes, sans en donner le nombre.

a) S'il s'agit de coliques spontanées, de douleurs de tout ou partie du colon, permanentes avec ou sans paroxysmes, nous en avons rencontré 720.

Quand il y a paroxysmes, c'est ce phénomène que signale le client, qui ne pense plus à l'endolorissement permanent de son ventre. Ce sont des crises de douleurs de tout le ventre, parfois si intenses qu'elles engendrent la syncope. Le Professeur LOEPER demandait parfois aux examens : "Un malade vous fait appeler pour des coliques au cours desquelles il s'est évanoui. A quelles coliques pensez-vous ?" Il ne fallait répondre ni hépatiques, ni néphrétiques car, ajoutait-il "seules les coliques intestinales sont syncopales".

Cette violente crise de coliques intestinales peut conduire le malade à la laparotomie exploratrice. Nous en avons vu un cas. Avait-on pensé à l'infarctus mésentérique, à une occlusion ?

D'autres malades, sans aucun autre trouble digestif peuvent être amenés à consulter pour ces coliques. Tel ce malade - entre quelques autres - M. K., 24 ans, qui, après un an en Afrique Equatoriale, souffrait de telles coliques, permanentes, sans accalmie, et dut revenir en France se faire traiter en 67.

Il est une variété de coliques dont la douleur semble un signe accessoire. C'est le cas où la défécation entraîne un état d'épuisement voisin de

la prostration et où le malade semble anéanti, souffrant du ventre, mais se plaignant davantage de sa fatigue. Cette dyschésie n'a été vue en 15 ans que 3 fois. Dans l'un des cas, le malade s'évanouissait dans les toilettes.

b) S'il s'agit de douleurs provoquées par la palpation du colon s'accompagnant d'après CATTAN, à gauche, d'un sigmoïde spasmé et à droite d'un coecum gargouillant et empâté, nous en avons rencontré avec une fréquence extrême également.

Tantôt le colon droit est spasmé sur toute sa longueur donnant la sensation de palper un corps dur, bien délimité et très nettement douloureux sur toute sa superficie : 624 cas.

Tantôt, il est moins spasmé et semble empâté. La douleur est située moins nettement sur le colon que sur le bord interne de celui-ci. On peut trouver ^{un} clapotis, qui avec le tympanisme donne une impression de gargouillement : 119 cas.

Tantôt enfin il est à peine spasmé et douloureux, électivement en quelques points : fond, angle colique droit : 467 cas.

Sous la dénomination de "reflet d'altérations fonctionnelles neuro-végétatives à point de départ intestinal", CATTAN range des signes divers que nous avons vu explorer séparément dans nos dossiers. Il s'agit de signes gastriques, éructations incessantes, brûlures post-prandiales d'une part, de ballonnements d'autre part et enfin de nausées que nous préférons aborder en trois groupes.

- Les signes gastriques dans 581 cas, sont ceux d'une gastrite. On note des brûlures, des aigreurs survenant, quand le repas non évacué fermente. Il y a aussi éructations incessantes, mais surtout tardives.

Certains malades sensibles savent même le temps que dure leur digestion à la sensation de leur plénitude gastrique : de 2 heures à tout l'après-midi.

Ces signes sont bien d'origine amibienne car ils guérissent dans la majorité des cas par le traitement anti amibien : 471 cas.

Mais une partie de ces cas doivent, après ce traitement, faire l'objet d'une thérapeutique complémentaire : 110.

- Le ballonnement intestinal est à peu près constant à la palpation abdominale, d'intensité moyenne avec gargouillement à droite, plus tympanique sur le transverse, très sonore sur le colon gauche, rappelant la sonorité gastrique.

Mais celui qui survient spontanément immédiatement après les premières bouchées du repas (et surtout celui de midi) obligeant parfois le malade à desserrer ses vêtements est extrêmement typique quand il existe. Il est signalé 761 fois.

- La flatulence gastrique accompagne souvent ces signes dont elle est le corollaire. Elle doit être distinguée du symptôme précédent d'origine intestinale. Elle est rencontrée 553 fois.

→ Les nausées de l'amibien peuvent revêtir un aspect extrêmement typique et aider au diagnostic. Il s'agit tantôt de vomissements survenant dès le réveil : dès que le malade met le pied au sol, il se précipite à son lavabo. Ceux-ci surviennent fréquemment au brossage des dents ou à la première cigarette. En Afrique, les Français appellent ce signe "le margouillat". Tantôt une simple nausée remplace ces vomissements : 489 cas illustrent ce symptôme.

Nous avons relevé plusieurs cas où le malade était venu consulter uniquement pour ce signe. On les avait, soupçonnés, d'éthylisme et ils en étaient d'autant plus indignés que, intolérants à l'alcool, comme beaucoup d'amibiens, ils étaient contraints à la plus exemplaire sobriété.

Nous ne pensons pas devoir retenir les nausées-vomissements succédant au petit déjeuner à base de café au lait, ni ceux provoqués par les voyages en automobile. En effet le traitement ne les modifie pas.

Dans ce paragraphe 19, CATTAN parle aussi des signes d'appendicite chronique : douleur à la fosse iliaque droite, nausée fébricule, amaigrissement qui concourent à faire enlever à tort un appendice sain.

La douleur de la fosse iliaque droite prise pour un point de Mac Burney est surtout celle qui siège non pas en plein caecum mais celle qui est localisée au bord interne de ce viscère. Heureusement une palpation plus attentive permet de la retrouver bien au delà de l'aire classique de ce point. Nous avons retrouvé des points douloureux semblables dans 467 cas.

Les nausées déjà vues plus haut sont trompeuses surtout quand elles ne sont pas strictement matinales. Nous avons cependant noté de nombreux cas dont l'étiologie appendiculaire était infirmée par l'inefficacité de l'appendicectomie.

Nous n'avons rencontré que 2 cas semblables dans nos dossiers, mais nous sommes persuadés que cette erreur est plus fréquente. Dans l'un des cas, les vomissements récidivèrent 15 jours après appendicectomie, dans le second, pendant les suites opératoires mêmes, quand la malade repris du café au lait.

• Enfin le paragraphe 19 traite des signes prétendus hépatiques.

Quand il y a une douleur sous hépatique, on a tendance, dit CATTAN, à en faire une douleur vésiculaire. Mais elle déborde le signe de Murphy, elle semble provenir non du bord inférieur du foie mais de l'angle droit du colon ou de la partie droite du transverse. D'où inefficacité des cures hépatiques et des séjours à Vichy.

Nous avons rencontré bon nombre d'amibiens que l'on traitait pour une affection hépatique : 176 cas. La difficulté était moins de redresser le diagnostic que d'en convaincre le patient qui semblait désorienté d'avoir "perdu" sa maladie habituelle.

Notons en passant le danger des opérations abdominales dans les cas d'amibiase chronique. BLANC et SIGUIER signalent que quand on touche le péritoine de ces malades, on peut déclencher une série de phénomènes cataclysmiques aboutissant rapidement à la mort et absolument irréversibles dans l'état de nos connaissances.

Nous signalerons trois cas :

Une malade, ayant une dystonie amibienne avec amibes détectées en juin, part en vacances. On l'opère alors d'un ulcère gastrique. Elle meurt presque sur la table d'opération.

Un directeur d'une société de Champagne vient à Paris pour faire soigner une amibiase contractée en camp de concentration. On lui enlève d'abord la vésicule. Il meurt "imprévisiblement".

Un tailleur coupeur présentait une amibiase et une appendicite, on lui enlève l'appendicite à chaud. Il fait une méioproagie mortelle qui l'enlève en 3 jours au milieu d'un luxe de soins aussi effarants que vains.

Chapitre VI

LES COMPLICATIONS DE L'AMIBIASE CHRONIQUE.

- 20 -

Dans ce paragraphe CATTAN énumère les complications de l'amibiase chronique, tout en développant le sort de ces malades voués à des diagnostics erronés. Il n'est peut être pas nécessaire de scinder ce passage en deux, si on considère que la malchance d'être pris pour ce que l'on n'est pas n'est pas moins une complication, car elle survient presque inélectablement, dès que le malade présente certains symptômes aberrants.

L'amibiase chronique d'Afrique du Nord est pauvre en signes intestinaux et camouflée par des signes neuro-végétatifs variés. En France, nous avons également rencontré bon nombre de malades qui consultaient pour des maladies nerveuses ou psychiques et à qui la révélation d'un parasitisme amibien a surpris.

Le nombre de ces malades venus pour maladie indéterminée est de 379. Le diagnostic le plus approchant de la dystonie amibienne nous a paru être la Patraquite de Burnant ou euphémiquement, la maladie de Burnant : 30 cas.

CATTAN dit que l'on avait traité ses malades de cénestopathes. Pour les nôtres, on leur avait le plus souvent affirmé qu'ils avaient une maladie imaginaire et que leur volonté seule les en délivrerait. ("Ecoutez-vous moins! ")

Parmi ceux que CATTAN dit avoir été orientés vers des "diagnostics tout différents" nous ne signalerons que les malades traités par les tranquillisants : 193, et quelques uns même par électrochocs : 17.

Les complications aiguës et classiques sont, au dire de CATTAN, rares. Nous avons eu la même impression et voici chiffrée cette incidence :

Sur 2000 cas environ : 6 hépatites aiguës :

- . pas de perforation,
- . pas de péritonite.

Nous citons ici quelques cas d'abcès du foie :

Monsieur M. fonctionnaire fait un séjour d'un an au Maroc en 1930, rentre en France. Il fait une hépatite amibienne en 56 pour laquelle on l'hospitalise à l'hôpital Cochin où il est traité.

Mère M. J. 41, religieuse née en Indochine où elle vit jusqu'en 1951, Elle fait une hépatite amibienne à son retour en France.

Monsieur M. ... Joseph 41 ans, officier de police, après un séjour de 8 ans au Vietnam de 47 à 55 fait une hépatite amibienne en 55 et est hospitalisé au Val de Grâce.

Monsieur M. 36 ans, est hospitalisé dans une clinique en 1965, pour une affection fébrile indéterminée, avec sensation de tension dans le foie. Opéré au bout de 6 semaines sans diagnostic formel. Abscès du foie évacué. Emétine 2eme abcès à l'autre pôle. Fistule. Emétine. Vacances à la Guadeloupe. Rechute d'amibiase. Emétine.

Nous avons rassemblé à la page suivante les signes détaillés dans les chapitres précédents. Nous les avons classés par ordre de fréquence pour faire ressortir leur fréquence relative.

SIGNES DE DYSTONIE NEURO-VEGETATIVE (ET AUTRES SIGNES)

Dans l'Amibiase Intestinale Chronique en France et en Tunisie

(par ordre de Fréquence)

	sur	Nous 1000	CATTAN 100 cas	sur	Nous 1000 CATTAN 100 cas
Irritabilité		831		x Maladie indéterminée	379
Vitalité diminuée		810		Constipation sans diarrhée	330 11
Anxiété		800		Amaigrissement (totaux)	315
Ballonnement intestinal		761		Diarrhée (totaux)	310
Fatigue (tous les cas)		756		Const. coupée de diarrhée	254
Dispersion d'esprit		724		Dysenterie vraie	250 7
Coliques spontanées		720		x Impression de bonne santé	220
Tristesse		703		Traités par tranquillisants	193
Amnésie (mém. à trous)		700		Diarrhée (1 selle par jour)	188 10
Fatigue du réveil (total)		663		Traités pour le foie	176
Vertige de position		652	40	Travail limité	147
Palpitations cardiaques		649		Amaigrissement passager	134
Trav. pénible mais conservé		629		Fatigue réveil d'1/4 d'heure	129
Spasme colique (palpation)		624		Augmentation de poids	120
Abouïe		607		Diarrhée (1 selle par jour)	122 10
Total des constipations		584		Colon douloureux (palpation)	119
Insomnie		574		Gastrite persistante	110
Angoisse		566		Amaigrissement de 6 kg	109 40 xx
Poids stationnaire		561		Selle moulée quotidienne	106 22
Flatulence (gastrique)		553		Fatigue réveil d'1/4 à 1/2 h.	103
Activité après dîner		516		Dépression nerveuse vrais	99
Nausées, vomissements		489		Fatigue toute la journée	93
Nucalgie		471		Agoraphobie	90
Gastrite non persistante		471		Vertiges avec faim	82
Points doul. abdomin. (palp.)		467		Amaigrissement de 6 kg	76 40 xx
Patience et minutie		449		Consultants de cardiologie	76
Douleurs derrière yeux		446		Vertiges du matin seulement	41
Fatigue réveil 1/2 h.		431		Abandon de situation	20
Remis. fatigue après-midi		420		Incapacité totale, grabataire	17
x Amibiase connue d'eux		401		Traités par électro chocs	17
Gengivorragie		380		Hypertendus	9

- COMMENTAIRES DU TABLEAU :

Ce tableau résume nos constatations chiffrées. Nous avons relevé les indices de CATTAN et essayé de les comparer avec les nôtres. Mais cet auteur, ayant cherché à donner une impression générale sur la paradoxale fréquence de la dystonie neuro-végétative n'a pas chiffré tous ses symptômes, mais seulement ceux dont les proportions lui ont paru les plus étonnantes. Nous ne pourrions pas les comparer ligne par ligne.

Nous avons le plus souvent donné la fréquence globale de chaque signe pour ne plus y revenir : Dispersion d'esprit (724), Anxiété (800) etc....

Nous avons parfois pris un signe dans son ensemble d'abord (avec la mention "totaux" ou "tous les cas"), puis nous l'avons détaillé.

Pour une meilleure intelligence du tableau, nous allons regrouper ici ces détails dispersés par l'ordre de fréquence adopté.

- Troubles cardio vasculaires : palpitations cardiaques (649), Consultants de cardiologie (76), Hypertension (9).

- Examen clinique du colon : Spasme colique (624), Colon douloureux à la palpation (119), Points douloureux abdominaux à la palpation (467).

- Estomac : Flatulence (553), Gastrite persistante (après le traitement de l'amibiase)(110), Gastrite non persistance (471).

- Intestin : Ballonnement intestinal (761), Coliques spontanées (720)

- Fatigue : Fatigue, tous les cas (756), Fatigue du réveil (total)(663), Fatigue du réveil de moins d'1/4 d'heure (129), Fatigue du réveil de 1/4 à 1/2 heure (103), Fatigue du réveil de plus d'une demie-heure (431), Fatigue toute la journée (93), Rémission après midi (420), Activité après diner (516).

- Humeur : Irritabilité (831), Patience et minutie (449)

- Poids : Augmentation (120), Stationnaire (561), Amaigrissement de plus 6kg (76), de moins de 6 kg (109), amaigrissement passager (134).

- Traitement occasionnés par ces troubles : Traités pour le foie (175) Par tranquillisants (193), Par électrochocs (17).

- Transit : Diarrhée (taux des cas) (310), Diarrhée de plus d'une selle par jour (188), d'une selle par jour (122), Constipation (totaux) (584) : Constipations sans diarrhée (330), Constipation entrecoupée de diarrhées (254).

- Vertiges : Vertiges de position (652), Vertiges avec faim (82), du matin seulement (41), Agoraphobie (90).

- Viennent pour : Amibiase connue d'eux (401), Maladie indéterminée (379) Impression de bonne santé (famille d'amibien)(220).

- Vitalité : Vitalité diminuée (810), Travail conservé mais pénible (629) Travail limité (147), Abandon de situation (20), Incapacité totale, grabataire (17).

oCo

Chapitre VII

TRAITEMENTS CURATIFS ET PROPHYLACTIQUES

Dans ces derniers chapitres CATTAN parle de traitement :

1 - De la légitimité de celui-ci :

- est-ce un amibien à traiter ou un porteur d'amibes à épargner ?

- la dystonie est-elle amibienne, le traitement la modifie-t-elle ?

2 - De la nature du traitement et des résultats.

3 - De la prophylaxie.

oOo

- 21 -

CATTAN débat ici l'épineuse question du porteur sain d'amibes.

Il y a effectivement des gens qui présentent des amibes ou des kystes d'amibes dans les selles et qui jouissent en apparence d'une santé parfaite.

Ils répondraient en quelque sorte à la définition du porteur sain pour un médecin qui ignorerait la dystonie neuro-végétative. En fondant l'état de santé sur l'absence de signes digestifs, seuls classiques, on risque en effet de commettre cette erreur.

Mais CATTAN nous met en garde contre elle et dit qu'il est bien exceptionnel de ne pas retrouver chez les plus valides une partie des signes qu'il a décrits et que nous avons retrouvés ici.

Nous savons que, dans le domaine médical, ce n'est pas l'intensité du signe qui fait la maladie mais sa présence et surtout la coexistence du plus grand nombre d'entre eux, ce qui élimine le hasard d'une coïncidence.

Nous aimerions chiffrer la fréquence de quelques dystonies pauciséméiologiques. Nous n'aurions eu aucune chance de détecter ces cas puisque rien ou presque n'aurait déterminé le malade à consulter. Mais nous avons pour chaque malade le dossier de toute la famille et avons eu la surprise d'examen de selles positifs chez des malades qui apparemment en présentaient aucun symptôme.

D'autre part beaucoup de malades ignorent ce qu'est leur état normal : ceux par exemple, qui sont amibiens depuis l'enfance, ou ceux qui interprètent chaque trouble en leur attribuant une cause. Seule la guérison leur permet d'évaluer leurs symptômes antérieurs.

Le traitement le plus souvent fait dans ce cas à titre prophylactique dans la cellule familiale s'élève parfois être un véritable traitement d'épreuve.

- 22 -

CATTAN s'appuie sur le traitement pour étayer son hypothèse selon laquelle ces dystonies sont amibiennes. Une cure anti amibienne améliore spectaculairement l'état général et les troubles dont la plupart ne sont pas digestifs.

Dans nos dossiers, nous avons retenu uniquement les malades qui sont revenus 1 à 3 mois après leur examen initial et leur traitement, pour se prêter à un second examen de selles et à un nouvel interrogatoire. Chaque signe est à nouveau vérifié séparément pour apprécier sa persistance ou sa disparition, son état stationnaire, sa diminution ou son aggravation.

Ce contrôle est extrêmement utile pour évaluer l'évolution si controversée après le traitement.

CATTAN déplore la rechute de certains de ses clients, qui en Afrique du Nord sont exposés à la recontamination.

Nous avons constaté également des rechutes rares il est vrai chez les malades dont la famille n'avait pas pu être vue, ou qui étaient retourné en pays chauds.

L'interrogatoire de contrôle nous a permis de savoir s'il s'agissait d'une véritable rechute (reprise de la même amibiase) et d'une recontamination (hébergement) d'une nouvelle souche d'amibes.

Dans le premier cas, il n'y a pas disparition des signes à l'examen de contrôle. Dans le second, après un retour des signes à la normale; il y a reprise de certains d'entre eux.

- 23 -

CATTAN indique son traitement et les théories qui guident celui-ci,
Nous n'en parlerons pas, ayant laissé ce sujet hors de notre étude.

oOo

CATTAN pense à la primauté de la prophylaxie collective qu'il se contente de souhaiter.

En France où l'endémicité est moins importante qu'en Tunisie, les mesures de prophylaxie peuvent suffire à protéger l'amibien guéri.

Ces mesures doivent être d'abord appliquées au niveau de la cellule familiale. L'amibiase est sans doute une maladie hydrique, mais certainement pas au même titre que les bacilles colimorphes, ou les vibrions cholériques, autrement moins fragiles.

Nous pensons que le kyste d'amibe est transmis le plus souvent par les doigts, grace à un phénomène rappelant l'impression d'organe sur les lames pour la recherche des leishmanioses ou des Tréponèmes. Avec un seul fragment de foie on imprime ainsi des parasites sur des dizaines de lames.

Les doigts chargés de kystes les sèment partout. C'est le danger des "food handlers" cités par DESCHIENS qui contaminent les autres membres de l'enceinte familiale.

C'est pourquoi CATTAN pense que le traitement de tous les amibiens et même des porteurs sains dans la même maison (très rares d'après lui) est indispensable.

Les déplacements dans les pays richement endémiques, si prisés de nos jours (1 million 500 mille touristes visitent l'Espagne chaque année), sont dangereux car le contact avec des amibiens est fréquent. Une prophylaxie individuelle chimique a été essayée avec nos malades. Les derniers résultats, enfin satisfaisants, ont été obtenus avec un comprimé d'entéro-vioforme chaque jour, pendant la durée du voyage et même d'un séjour tropical.

Le tableau de la dystonie neuro-végétative que nous avons essayé de décrire après CATTAN semblable d'un malade à l'autre, nous semble d'autant plus important que nous connaissons la difficulté des examens de selles qui ne devraient être qu'une vérification de la clinique.

oOo

CONCLUSION

Il résulte de cette étude que, contrairement au syndrome dysentérique, rarissime sous nos climats, donc très problématiques pour le diagnostic en pays tempérés, les troubles neurovégétatifs se retrouvent assez fréquemment en France dans l'amibiase intestinale chronique .

On peut même dire que leur fréquence paraît plus grande sous nos climats qu'en climat tropical, car à l'interrogatoire, bon nombre (82 %) de nos malades n'ont vu s'installer ces signes qu'à leur arrivée en Europe ou même quelque temps après leur installation. Ce pourcentage excluant l'amibiase autochtone.

Ce syndrome neurovégétatif est même, en France, plus constant que la dysenterie en pays chauds : 25 % à peine des malades atteints de dystonie signalent une crise typique de dysenterie pendant leurs séjours antérieurs aux colonies.

La dépendance de ce syndrome vis à vis de l'amibiase est confirmée par sa disparition en totalité ou en majeure partie après traitement spécifique.

Sa fréquence chez l'amibien démontre qu'il y a peu de porteurs d'amibes sans signe clinique. Ces signes paraissent absents parce que l'on cherche des signes digestifs alors qu'ils sont nerveux le plus souvent.

C'est ainsi que M. PDAVIDOVITCH a pu écrire dans la Presse Médicale du 21 Mars 1959, que dans l'amibiase :

"Les symptômes de déséquilibre neurovégétatif l'emportent sur les troubles intestinaux. Ceux-ci sont frustes, estompés, au point que les malades qui en sont atteints n'y attachent aucune importance."

Ces signes sont d'intensité variable, mais constituent souvent un tableau clinique assez important et assez gênant pour obliger le malade à consulter jusqu'à l'instauration d'un traitement étiologique qui seul le soulagera.

Il faudra se méfier du traitement symptomatique des troubles nerveux qui démantèlent ce tableau mais n'apportent qu'un soulagement temporaire, souvent au prix d'aggravations par ailleurs, et toujours penser à une amibiase possible devant un tableau de dystonie neuro-végétative.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. LARIVIERE.

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1- BAUDRY

Amibiase chronique : manifestations neuro psychiques. A propos de 10 observations.
Thèse Paris 1962.

2 - BAUMEL J.

L'amibiase intestinale chronique
Arch. Med. del'App. Digestif, oct. 1937

3 - BLANC F. et SIGUIER F.

L'amibiase -Etude clinique et thérapeutique
Paris, l'Expansion Scientifique 1950.

4 - BRUMPT E.

Précis de parasitologie
Paris, Masson

5 - CATTAN P.

Amibiase chronique camouflée
Sem. des Hop. Paris, 46, 14 dec. 1947

6 - CATTAN R.

Formes cliniques et traitement de l'amibiase chronique
Sem. Des Hop. Paris 1949, 25

7 - CATTAN R.

Sur quelques formes larvées de l'Amibiase intestinale chronique :
Archives des Maladies de l'Appareil digestif - juillet-aout 1949

8 - CHIRAY M. et CHENE P.

L'amibiase méconnue en France
Arch. Med. de l'Appareil Digestif 1939-40

9 - CHIRAY M. et BAUMANN J.

La maladie amibienne en France
Paris. Expansion scientifique française, 1952

10 - CLEMENT Gérard

Les aspects cliniques de l'Amibiase où dominant les troubles neuro-
végétatifs.
Thèse Paris 1-6 . 1965

11 - DESCHIENS R.

L'amibiase et l'amibe dysentérique
Paris, Masson et Cie, 1965

12 - DROGNOU J.

L'amibiase, maladie actuelle, incidence clinique suggérée
par l'étude de 100 observations.
Thèse Lyon 1961

13 - FONTEIX

Ses manifestations neuro-végétatives, psychiques et humorales
de l'amibiase au Maroc.
L'Hôpital, octobre 1953.

14 - HILLEMANT et CATTAN R.

Travaux du Congrès International de l'amibiase à Chatel Guyon
15 et 16 septembre 1950

15 - HILLEMANT P. et CATTAN R.

L'amibiase en France. Etude clinique et thérapeutique.
Gaz. Med. de France, 57. 1950

16 - HILLEMANT P. et ROSENSTIEL

La conception actuelle de l'Amibiase autochtone doit-elle être révisée ?
La Soc. Med. des Hôpitaux de Paris 1953, 17 février.

17 - HO TI SANG

Cours du CES de Parasitologie et Mycologie
Paris 1938, non édité.

18 - HUARD P., MEYER MAY

Les abcès du foie
Masson et Cie, Paris 1936.

19 - KRIEP

Amibiase intestinale chronique, forme néuro-végétative.
Thèse Paris 1917

20 - LACOSTE Yves

Géographie du sous-développement
Paris, Presses Universitaires de France, 1965

21 - LUCCHINI J.

A propos de cinq cas de perte de connaissance chez
des malades atteints d'amibiase intestinale chronique.
Thèse Paris 1955.

22 - MOLINIER A. et LAPEYRE

L'Amibiase autochtone. A propos de 50 observations personnelles.
Presse Médicale, 22 avril 1950

23 - MOLINIER A.

Le devenir de l'amibien.
La Vie Médicale, 45 juillet 1964

24 - SCHNEIDER J.

Les maladies tropicales dans la pratique médicale courante.
Paris, Masson et Cie

25 - TAVERNIER R. et JOLLY A.

"A propos d'une méthode d'identification des amibes hématophages
La Revue de Médecine, 23, octobre 1968

26 - TRAN THE NGHIEP

Le devenir rapproché et lointain des Amibiases observées en France.
Thèse Paris 1963.



EDITIONS

40 R. Pascal

PARIS 13°

TELEPHONE

535.18-93

535.18-62